

**ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ НА МЕДИЦИНСКОЕ
ВМЕШАТЕЛЬСТВО ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ПРЕДВАРИТЕЛЬНОГО (ПЕРИОДИЧЕСКОГО)
МЕДИЦИНСКОГО ОСМОТРА**

Я, _____
(Ф.И.О. гражданина)

« _____ » _____ г. рождения, проживающий по адресу _____

_____ (адрес места жительства гражданина либо законного представителя гражданина)

даю информированное добровольное согласие в соответствии с требованиями статьи №20 Федерального закона "Об основах охраны здоровья граждан" на предложенное мне на

медицинское вмешательство: _____

Я в полной мере проинформирован (а), что являюсь Потребителем (пациентом), в рамках договора об оказании платных медицинских услуг от « _____ » _____ 20__ г., желаю получить платные медицинские услуги по проведению предварительного (периодического) медосмотра в **ООО «МЦ Гиппократ Краснодар»** за плату, при этом мне разъяснено и мною осознано следующее:

1. Я, получив от медицинского работника _____
(Ф.И.О. должность)

в доступной форме информацию о возможности получения соответствующих видов и объемов медицинской помощи без взимания платы в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи даю свое согласие на оказание платных медицинских услуги готов их оплатить, а также:

2. Я ознакомлен(а) с Перечнем желаемых видов медицинских вмешательств, в доступной для меня форме мне даны разъяснения о целях, методах проведения предварительного и периодического медицинского осмотра, связанном с ними риске, возможных вариантах медицинского вмешательства, об его последствиях, а также о предполагаемых результатах оказания медицинской помощи, об используемых при предоставлении платных медицинских услуг лекарственных препаратах и медицинских изделиях, в том числе о сроках их годности (гарантийных сроках), показаниях (противопоказаниях) к применению, порядке оказания медицинской помощи и стандартах медицинской помощи, применяемые при предоставлении платных медицинских услуг.

3. Я согласен с тем, что используемая технология медицинской помощи не может полностью исключить вероятность возникновения побочных эффектов и осложнений, обусловленных биологическими особенностями организма, и в случае, когда услуга оказана с соблюдением всех необходимых требований, ООО «Гиппократ – Новошахтинск» не несет ответственности за их возникновение.

4. Мне разъяснено, что я могу получить как один из видов платных медицинских услуг, так и нескольких видов услуг. Мне предоставлена информация о квалификации, образовании и имеющихся сертификатах медицинских сотрудников (врачей), оказывающих мне медицинскую услугу.

5. Я осознаю и понимаю, что для получения лучших результатов лечения я должен исполнять все назначения, рекомендации и советы врачей (специалистов) ООО «Гиппократ – Новошахтинск»

6. Я ознакомлен с действующим прейскурантом и согласен оплатить стоимость оказанных медицинских услуг в соответствии с ним.

7. Я ознакомлен с содержанием Приказа Минздравсоцразвития России №302н от 12 апреля 2011 г. Об утверждении перечней вредных и (или) опасных производственных факторов и работ, при выполнении которых проводятся обязательные предварительные и периодические медицинские осмотры (обследования), Порядком проведения обязательных предварительных и периодических медицинских осмотров (обследований) работников, занятых на тяжелых работах и на работах с вредными и (или) опасными условиями труда, положениями статьи 213

Трудового Кодекса Российской Федерации суть данных документов мне разъяснена и понятна, но в соответствии со ст. 41 Конституции РФ и ст.19 ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" (положения статей мне известны и понятны) настаиваю на проведении предварительного (периодического) медицинского осмотра в ООО «Гиппократ – Новошахтинск» и желаю оплатить его проведение за счет собственных средств, направление работодателя не имею (имею). (нужное подчеркнуть), в связи с

_____ (причина отсутствия направления)

_____ (подпись)

8. Я ознакомлен с Правилами предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг, утвержденных Постановлением Правительства Российской Федерации от 04.10.2012 N 1006 (далее - Правила) положения которых мне разъяснены и понятны.

9. Я удостоверяю, что текст моего информированного согласия на медицинское вмешательство мною прочитан, мне понятно назначение данного документа, полученные разъяснения понятны и меня удовлетворяют. Мне разъяснено право на отказ от определенных видов медицинских вмешательств.

10. В соответствии с Приказом МЗСР РФ от 23.04.2012 г. N 390н я также даю согласие на проведение при необходимости следующих вмешательств:

1. Опрос, в том числе выявление жалоб, сбор анамнеза. 2. Осмотр, в том числе пальпация, перкуссия, аускультация, риноскопия, фарингоскопия, непрямая ларингоскопия, вагинальное исследование (для женщин), ректальное исследование. 3. Антропометрические исследования. 4. Термометрия. 5. Тонометрия. 6. Неинвазивные исследования органа зрения и зрительных функций. 7. Неинвазивные исследования органа слуха и слуховых функций. 8. Исследование функций нервной системы (чувствительной и двигательной сферы). 9. Лабораторные методы обследования, в том числе клинические, биохимические, бактериологические, вирусологические, иммунологические. 10. Функциональные методы обследования, в том числе электрокардиография, суточное мониторирование артериального давления, суточное мониторирование электрокардиограммы, спирография, пневмотахометрия, пикфлоуметрия, реоэнцефалография, электроэнцефалография, кардиотокография (для беременных). 11. Рентгенологические методы обследования, в том числе флюорография (для лиц старше 15 лет) и рентгенография, ультразвуковые исследования, доплерографические исследования. 12. Введение лекарственных препаратов по назначению врача, в том числе внутримышечно, внутривенно, подкожно, внутрикожно. 13. Медицинский массаж. 14. Лечебная физкультура.

11. Я также даю согласие на обработку необходимых персональных данных, в объеме и способами, указанными в п. 1, 3 ст. 3, ст. 11 Федерального закона № 152-ФЗ «О персональных данных».

12. Я разрешаю передать информацию о нахождении на лечении и состоянии здоровья о результате предварительного (периодического) осмотра лицам:

_____ /
13. Я разрешаю передать заключение врачебной комиссии о результате предварительного (периодического) осмотра :

- работодателю,
- в медицинскую организацию, к которой прикреплен для медицинского обслуживания,
- по письменному запросу в Фонд социального страхования (необходимое подчеркнуть)

Настоящее информированное соглашение подписано мною после проведения предварительной беседы и является приложением к договору об оказании платных медицинских услуг.

Потребитель (Пациент): ФИО _____

Адрес: _____

_____ / _____ /

_____ (подпись)

_____ (расшифровка подписи)

« _____ » _____ 20__ г.

_____ ФИО, должность медицинского работника

_____ (подпись)

« _____ » _____ 20__ г.